



Artigos de
pesquisa

INTERVENCIÓN EDUCATIVA: IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE DIABÉTICO

EDUCATIONAL INTERVENTION: IMPLEMENTATION OF SELF-CARE AGENCY AND ADHERENCE THERAPY FROM THE PERSPECTIVE OF DIABETIC PATIENTS

INTERVENÇÃO EDUCATIVA: IMPLEMENTAÇÃO DA AGÊNCIA DE AUTOCUIDADO E ADERENCIA TERAPÊUTICA NA PERSPECTIVA DO PACIENTE DIABÉTICO

Nohemi Selene Alarcón Luna^I
Mercedes Rizo Baeza^{II}
Ernesto Cortés Castell^{III}
Francisco Cadena Santos^{IV}
Helena Leal David^V
María Magdalena Alonso Castillo^{VI}

RESUMEN: Orem define el autocuidado como una función reguladora del hombre, que las personas realizan deliberadamente por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Objetivo: identificar si la perspectiva que el paciente tiene de la diabetes, después de participar en una intervención educativa, influye en la implementación de recomendaciones de autocuidado y adherencia terapéutica. Estudio descriptivo, cuasi-experimental con triangulación metodológica. Muestra de 200 pacientes, distribuidos en grupo intervención y control. Intervención educativa de 12 sesiones y grupos focales para entrevistas, realizada en 2012. Resultados: datos sociodemográficos homogéneos, índice de autocuidado y apego al tratamiento sin diferencias significativas inicialmente, medias y medianas más altas en el grupo de intervención en la agencia de autocuidado; y apego al tratamiento post-intervención. En conclusión, hubo cambio de actitud para conservar el bienestar de los participantes, aumento en la responsabilidad en salud, generación de nuevo conocimiento en nutrición y cambio de actitud en la ingesta de los medicamentos.

Palabras clave: Autocuidado; adherencia terapéutica; diabetes; intervención educativa.

ABSTRACT: Orem defines self-care as a regulatory function of man that people deliberately made for them to maintain life, health, development and wellbeing. Objective: to identify whether the perspective of the patient has about diabetes after participating in an educational intervention influences the implementation of recommendations and adherence to self-care. A descriptive, quasi-experimental methodological triangulation. Sample of 200 patients, divided into intervention and control group. Educational intervention of 12 sessions and focus groups to interviews, was happened in 2012. Results: demographic homogeneous, index of self-care and adherence to treatment no significant differences initially, means and medians higher in the intervention group self-care agency and post-treatment adherence intervention. In conclusion, there were changing attitudes to preserve the welfare of the participants, increased health responsibility, generation of new knowledge in nutrition and attitude change in the intake of medicines.

Keywords: Self-care; therapeutic adherence; diabetes; educational intervention.

RESUMO: Orem define autocuidado como uma função reguladora do homem, que as pessoas implementam por si próprias para manter sua vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar. Objetivo: identificar se a perspectiva que o paciente possui acerca do diabetes, após participar de uma intervenção educativa, influi na aplicação das recomendações da agência de autocuidado e aderência terapéutica. Estudo descriptivo, quase-experimental, com triangulação metodológica. Amostra de 200 pacientes, distribuídos em grupo: intervenção e controle. A intervenção educativa, realizada em 2012, ocorreu em 12 sessões e grupos focais para entrevistas. Resultados: dados sociodemográficos homogêneos; índice de autocuidado e aderência ao tratamento sem diferenças significativas inicialmente; médias e medianas mais altas no grupo de intervenção, na agência de autocuidado; e aderência terapéutica, após intervenção. Em conclusão, houve mudança na atitude para conservar o bem-estar dos participantes, aumento da responsabilidade sobre sua saúde, geração de novo conhecimento de nutrição e mudança de atitude na ingestão de medicamentos.

Palavras-chave: Autocuidado; aderência terapéutica; diabetes; intervenção educativa.

^ISecretaria Académica y Profesora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. E-mail: salarcon@uat.edu.mx

^{II}Director de Tesis. Profesora del Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. España. E-mail: rizo.mercedes@gmail.com

^{III}Director de tesis. Secretario del Departamento de Farmacología, Pediatría y Química Orgánica, Universidad de Alicante. España. E-mail: ernesto.cortes@umh.es

^{IV}Director y Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. E-mail: fcadena@uat.edu.mx

^VProfesora Asociada. Facultad de Enfermería Universidad de Estado de Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: helena.david@uol.com.br

^{VI}Subdirectora de Posgrado y Profesora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: maalonso@fe.uanl.mx

INTRODUCCIÓN

La *Diabetes Mellitus* tipo 2 se ha convertido en uno de los más graves problemas sanitarios en nuestro país¹. En México, desde 1940, la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100,000 habitantes. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. Desde el 2003 es la tercera causa de defunción y la primera en el grupo de 45 a 65 años de edad. De acuerdo con lo reportado por la Secretaría de Salud en el 2010, el 10.75% de personas de 20 a 69 años, tiene algún tipo de DM, lo que equivale a una población de más de 5 millones y medio de personas con la enfermedad, de los cuales el 65% son mujeres y 35% hombres. Cada hora, la diabetes mellitus provoca la muerte de cinco personas en México^{2,3}. Es importante destacar que en la frontera con Estados Unidos la prevalencia de este trastorno es de un 15%. Un dato interesante es que en personas de 40 a 59 años, una de cada cuatro muertes se debe a la diabetes mellitus en México⁴. Lo anterior contextualiza la relevancia social de este problema que afecta la calidad de vida de un segmento considerable de la población mexicana.

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen que realizar un laborioso autocuidado, que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, y la modificación de hábitos higiénicos y el ejercicio físico. Se ha identificado que con un buen manejo de la enfermedad, muchas de las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir o retrasar⁵.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que puede explicarse a partir de sus múltiples factores determinantes y condicionantes, entre los cuales se identifican: los relacionados con la interacción del paciente y el profesional de salud, el régimen terapéutico en sí mismo, las características de la enfermedad y las condiciones psicosociales del paciente, así como algunos aspectos demográficos (la edad, sexo, grupo étnico, posición socioeconómica y nivel de estudios) entre otros.

La Organización Mundial de la Salud define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones, en contraparte Haynes y Sackett la definen como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios, siendo, por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones⁶.

Existen estudios que sugieren que se deben implementar estrategias para mejorar la adherencia del paciente en el control de la *Diabetes Mellitus* tipo 2 mediante intervenciones educativas. Así, en Cuba,

se han realizado intervenciones educativas en pacientes diabéticos, encontrando que después de la intervención el 100% de los pacientes elevaron su grado de conocimientos respecto al control de la enfermedad. Los universitarios, los pacientes jóvenes y los que se tratan con insulina fueron los que tuvieron mayor número de respuestas correctas después de la intervención educativa⁷.

En Canadá se encontró que los factores sociales y ambientales eran importantes para la adherencia al tratamiento, pero la comorbilidad como la depresión y los problemas macro y micro vasculares tienen un mayor impacto en este fenómeno^{8,9}. Adicionalmente en Chile se ha investigado la eficacia de una intervención que incluye la educación del paciente y la auto-monitorización de la glicemia en pacientes con diabetes tipo 1 y 2, encontrando que en el grupo de intervención el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas aumentó del 57.5% principio que fue la línea basal del estudio (pretest) al 82.5% como resultado final (postest); en el grupo control el cambio registrado no fue significativo, concluyendo que el control metabólico se debió principalmente al efecto de la intervención educativa sobre la dieta¹⁰.

Otros autores han evaluado la relación entre la adherencia o apego al tratamiento y la mortalidad, encontrando que una buena adherencia al tratamiento se asocia a un positivo desarrollo de la salud y a una disminución de la mortalidad, incluso en los pacientes que tomaron placebo¹¹.

Se ha encontrado que con un buen manejo de la enfermedad, muchas de las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir o retrasar. Es claro que el tratamiento de la DM está en manos del propio paciente¹².

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar a las personas que sufren de enfermedades crónicas. La educación para el auto-cuidado de individuos con problemas crónicos de salud debe proveer el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, con el objetivo de empoderarlas para que asuman la responsabilidad de su salud y ayudarlas a mejorar su calidad de vida, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza que les permita el desarrollo de sentimientos de bienestar y confort independientemente de la gravedad de la enfermedad¹³.

El supuesto que sustenta esta intervención es que si la persona conoce lo esencial acerca de su enfermedad y de cómo cuidarse, será capaz de seguir las indicaciones clínicas para su cuidado y control de la diabetes.

El objetivo fue identificar si la perspectiva que el paciente tiene de la diabetes después de participar en una intervención educativa influye en la implementación de las recomendaciones de la agencia de autocuidado y la adherencia terapéutica.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

El marco teórico conceptual del cual se derivó el presente estudio está constituido por el Modelo de Déficit de Autocuidado de Orem, del cual se tomaron algunos de los conceptos, como son el autocuidado y el déficit de autocuidado. Además se abordó el concepto de *Diabetes Mellitus* y adherencia al tratamiento. Ella define el autocuidado como una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar¹⁴.

La persona sana o con un adecuado autocuidado, en una delicada balanza, es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal, con las capacidades de autocuidado que ha adquirido a lo largo de la vida, y que lleva a mantener un autocuidado eficaz que se traduce en un nivel óptimo de bienestar. Cuando estas capacidades no logran mantener el equilibrio comienza a ser necesaria la acción de enfermería a fin de restablecer el equilibrio, encontrándose así en una situación de autocuidado ineficaz que requiere la acción de agentes de salud que ayuden a restablecer el bienestar de los pacientes con *Diabetes Mellitus*. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la adherencia al tratamiento, el conocimiento de habilidades de autocuidado y la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentre a lo largo de su vida¹⁵.

El estudio se estructuró en dos fases: primero se utilizó un diseño cuasi-experimental, con exploración cualitativa por lo que se consideraron los postulados de la triangulación metodológica. En la exploración cualitativa, se intenta capturar el fenómeno de manera holística, comprenderlo dentro de su contexto enfatizando la inmersión y comprensión del significado humano adscrito a un grupo de circunstancias o fenómenos compartidos por personas que experimentan un problema de salud, por ello se utilizó la estrategia metodológica de grupos focales. Se apoya en la etnografía que describe y explica las regularidades y variaciones del comportamiento social, conforme a Lipson¹⁶.

Para el componente cuantitativo se utilizó un muestreo aleatorio estratificado con un nivel de significancia de 0.05 y para el cualitativo fue un muestreo teórico hasta llegar a la saturación. La muestra cuantitativa estuvo conformada por 200 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de Formación Integral de Enfermería (CEFIEN) perteneciente a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT) de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, ciudad fronteriza situada al Noroeste de México; distribuidos en un grupo experimental de 100 integrantes que recibieron la intervención educativa y un grupo control de 100 personas, ambos grupos extraídos de los pacientes del mismo centro comunitario. En la muestra cualitativa se consideraron a 32 participantes

que recibieron la intervención y se agruparon en cuatro grupos focales.

Para la recolección de datos se utilizó una Cédula de Datos Personales (CDP), la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), desarrollada por Evers¹⁷ la que fue validada por Gallegos en población mexicana. Se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de tipo Likert con cinco opciones de elección, el puntaje oscila de 24 a 120 puntos, el instrumento ha reportado por la autora confiabilidad adecuada. Finalmente se usó el Cuestionario de Morisky-Green¹⁸ sobre Apego al Tratamiento para Diabetes (ATD), el cual evalúa si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica. Califica como cumplidores a los pacientes que responden correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor.

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no), el cuestionario muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en población española. Para la exploración cualitativa se elaboró una entrevista focal a partir del objetivo de estudio. El estudio, realizado en 2012, se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁹. En base al artículo 14 fracción VII, VIII y el Artículo 22, Fracción II; además del dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UAT. El programa de educación para el grupo de intervención o experimental se estructuró en doce sesiones distribuidas de forma semanal, cada una de 50 a 60 minutos de duración en un período aproximado de tres meses, estableciendo una calendarización, se midió al inicio y al final de la intervención. Al grupo control únicamente se entregó información escrita, con la responsabilidad de desarrollar la intervención educativa al concluir el estudio. La exploración cualitativa se hizo solamente con los pacientes participantes en el estudio que recibieron la intervención educativa, se formaron cuatro grupos focales de 8 integrantes cada uno, hasta llegar a la saturación de la información.

Los datos cuantitativos se procesaron en el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), de 2000, versión 18.0. El análisis cualitativo fue de contenido, este se realizó de forma artesanal mediante lectura de las transcripciones (línea por línea) identificando los códigos que emergieron hasta concluir con la categorización, en este análisis el investigador precisa ejercitar su creatividad y sensibilidad, para penetrar y darles un significado a los acontecimientos que muestran los datos²⁰. Para facilitar la referencia de los textos analizados, se utilizó la siguiente simbología para aludir a los datos examinados; G: grupo, E: entrevistado, además a cada uno de estos códigos se complementó con un número, lo que hace referencia a los entrevistados o al número del grupo.

RESULTADOS E DISCUSSION

En la muestra de estudio se observó que en ambos grupos el 50% fueron mujeres y hombres, además el 57% en el grupo experimental y control eran casados y el 45% de ambos grupos tenían un nivel socioeconómico medio, además el 37% de ambos grupos contaban con estudios de primaria y el 54% del grupo experimental y el 55% del grupo control no contaban con un salario fijo; las distribuciones de los datos sociodemográficos muestran proporciones semejantes y sin diferencias significativas en ambos grupos de estudio.

La media de edad en el grupo intervención y control fue de 47.1 (Desviación Estándar (DE)=17.3) y 46.5 años en el grupo control (DE=16.1) con edad mínima de 16 años y máxima de 89 años. La media de peso fue de 67.7kg (DE=15.6) y 66.7kg (DE=15.5), un peso mínimo de 39 kg y máximo de 119kg. Respecto a la estatura promedio de los pacientes del grupo intervención y control fue de 1.62 m (DE=.089) y 1.61 m (DE=.082) respectivamente y el índice de masa corporal (IMC) calculado a partir de estas variables fue en ambos grupos de 25.6 kg/m² (DE=6.10), con un mínimo de IMC de 13.2kg/m² y máximo de 50.9 kg/m². El índice de la escala valoración de agencia de autocuidado reporta una media de 69.3 (DE=10.8) y 68.3 (DE=10.1) respectivamente. El índice de apego al tratamiento para diabetes obtuvo una media de 55.0 (DE=33.2) y 49.2 (DE=30.5), respectivamente. En ninguna de las variables continuas y numéricas existió diferencias significativas entre el grupo de intervención y de control, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1: Medias y Medianas de las variables continuas y numéricas por grupo (intervención y control) antes de la intervención. (N=200)

Variables	Grupo Intervención		Grupo Control		Valor Mínimo	Valor Máximo
	EM-BED Equat-ion.3	Mdn	EM-BED Equat-ion.3	Mdn		
Edad (años)	47.1	48.0	46.5	46.0	16	89
Peso (kg)	67.6	66.0	66.7	67.5	34.6	119.0
Estatura (m)	1.62	1.62	1.61	1.62	1.40	1.83
IMC	25.6	24.9	25.6	25.3	13.2	50.9
Índice de escala valoración de agencia de autocuidado	69.3	70.8	68.3	69.7	32.2	95.8
Índice de apego al tratamiento para diabetes	55.0	50.0	49.2	50.0	0	100

De los integrantes del grupo intervención y grupo control, el 82% y 83% no contaban con apego al tratamiento frente a un 18% y 17% respectivamente que si contaban con apego al tratamiento, no siendo dicha distribución diferente significativamente, como se puede observar en la Tabla 2.

La prueba de U de Mann-Whitney para la valoración de agencia de autocuidado por grupo de intervención y grupo control en la postprueba mostró que existen diferencias significativas de la agencia de autocuidado ($p = .001$) entre el grupo intervención y el grupo control, mostrando que la media y mediana más alta fue en el grupo de intervención.

TABLA 2: Apego al tratamiento por grupo antes de la intervención. (N=200)

Variables	Grupo Intervención		Grupo Control		χ^2	Valor de p
	f	%	f	%		
Si	18	18.0	17	17.0	.035	1.000
No	82	82.0	83	83.0		

Así mismo, para el apego al tratamiento para diabetes en la postprueba para ambos grupos, la prueba de U de Mann-Whitney mostró que existen diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en relación con el apego al tratamiento para la diabetes ($p = .001$), mostrando la media y mediana más alta en el grupo intervención.

Análisis cualitativo de los grupos focales

A continuación se hace una descripción de las categorías identificadas en los grupos focales. Ver Figura 1.

El presente estudio permitió verificar el impacto de una intervención educativa de enfermería en las variables autocuidado y apego al tratamiento, estudiado en pacientes con *Diabetes Mellitus* tipo 2 que se atienden en un centro comunitario de una ciudad fronteriza situada al noreste de México. La medición basal de las variables de estudio mostraron medias muy similares, por lo que ambos grupos son muy homogéneos.

El modelo de la intervención educativa de enfermería en su totalidad presenta resultados significativos en la agencia del autocuidado, lo que significa que tuvo impacto en la mejora del autocuidado de los pacientes diabéticos, así mismo los pacientes expresaron en los grupos focales:

Ahora sabemos cómo chearnos los pies y cuidarnos mejor con las dietas. (G1, E1)

En la noche comía bastante y me acostaba a dormir, a veces me malpasaba y ahora ya sé que uno no debe de hacer eso, porque eso es lo que le perjudica a uno. (G1, E3)

Esto coincide con lo reportado por investigadores²¹⁻²³, quienes mencionan como los grupos de diabéticos

Categoría: autocuidado	Codigos vivos
-Aumento de la responsabilidad de su autocuidado.	"Yo pienso que ahora a estas alturas las pláticas me sirven mucho... soy bien testaruda y no hacía nada, pero sí hago caso..." (G3, E6)
-Interés por la prevención del desarrollo de infecciones agregadas.	"Las infecciones tiene uno que estar muy pendiente y cuidándose sobre todo en la dieta para no sobrepasarme más de lo que debe comer uno" (G1, E8) "en la noche comía bastante y me acostaba a dormir, a veces me malpasaba y ahora ya sé que uno no debe de hacer eso, porque eso es lo que le perjudica a uno" (G1, E3)
-Cambio de actitudes en la nutrición y la actividad física.	"yo aunque me siento un poco débil trato de caminar un poco, pero me mantengo activa durante el día" (G2, E6)
-Aumentó la responsabilidad del apego al tratamiento.	"Yo ahora me checo más frecuente el azúcar y me pincho los dedos y como mi hija me consiguió las tiritas, ya de ahí, y también como padezco de corazón y presión alta también tengo para checar" (G2, E2)
-Cambio de actitud ante la ingesta del medicamento.	"me he sentido mal, pues he pensado en considerar que debo de tomar las pastillas, yo no me las quería tomar pero creo que ahora sí voy a tener que entrarle porque me está dañando mucho esto" (G2, E4)
Categoría: apego al tratamiento	Códigos vivos
-Aumentó la responsabilidad del apego al tratamiento.	"Yo ahora me checo más frecuente el azúcar y me pincho los dedos y como mi hija me consiguió las tiritas, ya de ahí, y también como padezco de corazón y presión alta también tengo para checar" (G2, E02) "ya me acostumbre a ella, si sigo la dieta y hago ejercicio pues mantengo la glucosa baja, claro que si me chiflo comiendo cosas que no debo pues me sube" (G1, E6) "yo también ya estoy acostumbrada pero llevo un control, este comiendo verduras, caminando, haciendo ejercicio" (G3, E7)
-Aplicación del nuevo conocimiento en nutrición en el apego al tratamiento.	"Antes mi papá no se quería checar el azúcar, pero el azúcar hay que checársela cada tercer día o una vez por semana, pero ahora sí está al pendiente de su salud..." (G3, E3)

FIGURA 1: Descripción de las categorías identificadas en los grupos focales y codigos vivos.

cos que han recibido una intervención educativa incrementan su nivel de autocuidado, presentando diferencia significativa en la capacidad de autocuidado en los resultados de preprueba sin intervención y la posprueba después de la intervención de enfermería; por lo que una intervención de enfermería aporta cambios significativos en el fortalecimiento del concepto de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Este tipo de estrategia educativa aplicada en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas incrementa la adherencia terapéutica, favorece el bienestar y mejora la calidad de vida; además de disminuir las complicaciones y los costos que derivan de esta enfermedad²⁴⁻²⁶.

En base al efecto significativo identificado en la intervención educativa de enfermería en la variable de apego al tratamiento de diabetes, muestra que la

intervención tuvo impacto en los pacientes aumentando la adhesión terapéutica; en el mismo sentido los pacientes expresaron:

Yo no me las quería tomar pero creo que ahora sí voy a tener que entrarle porque me está dañando mucho esto. (G2, E4)

Yo ahora me checo más frecuente el azúcar y me pincho los dedos. (G2, E2)

Coincidiendo con uno estudio, atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos, en donde mencionan que los pacientes que acudieron a la intervención incrementaron su adherencia al tratamiento por lo que la información fue una estrategia útil en esta mejora de adherencia, observando disminución en el porcentaje de los pacientes que olvidaban tomar su medicamento o que lo dejaban al sentirse bien y posterior a la intervención se incrementó el número de pacientes que toman su medicamento como se les indica²⁷. El rol de enfermería en el cuidado del paciente con Diabetes Mellitus se ha podido identificar en este estudio, la teoría del déficit de autocuidado mostró ser un planteamiento teórico factible de operar en la intervención educativa con resultados en el apego al tratamiento y auto cuidado²¹⁻²³.

Algunos autores reconocen que la educación en diabetes es un aspecto indispensable del tratamiento para lograr cambios en la calidad de vida a través de la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico, motivando y aumentando la agencia de autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables^{28,29}.

CONCLUSIONES

Los 200 pacientes diabéticos que intervinieron en el presente estudio se dividieron en dos grupos: uno de control y uno de intervención. Los dos grupos de pacientes mostraron comportamiento homogéneo en relación al sexo, nivel socioeconómico, estado civil, ingreso económico semanal y la escolaridad, además de las variables continuas como la edad, el peso, la estatura y el índice de masa corporal.

Posterior al desarrollo de la intervención educativa de enfermería, el grupo de intervención mostró una media de apego al tratamiento más alta con diferencia significativa sobre el grupo control, así como en la propia evolución del grupo intervenido (preintervención vs postintervención).

Posterior a la intervención educativa de enfermería, en el índice de autocuidado y el conocimiento de la enfermedad, el grupo de intervención mostro un aumento significativo en relación al grupo control y a sus propios valores antes de la intervención.

En relación al autocuidado de la diabetes, durante las entrevistas grupales a los pacientes posteri-

or a recibir la intervención educativa modificaron su actuación para conservar su bienestar.

Los pacientes participantes de los grupos focales manifestaron un aumento en la responsabilidad en salud y se generó nuevo conocimiento en la nutrición, lo que se reflejó en el cambio de actitud ante la ingesta de los medicamentos.

Se pueden mejorar todos los parámetros clínicos, tanto cuantitativamente como cualitativamente, relativos al estado de salud con unaintervención educativa de enfermería en pacientes crónicos, como los afectados por *Diabetes Mellitus* tipo 2.

REFERENCIAS

- Valdés S, Rojo MG, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(9):352-5.
- Monroy VO, Peralta MR, Esqueda AL, Hernández GP, Castillo CS, Attie F, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México. *ArchCardMex*. 2003; 73(1):62-77
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (Mex). [INEGI] Datos estadísticos. Mexico: INEGI; 2010.
- Bastía E, Sanhueza O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2004; 10(1):41-56.
- Vicente-Sánchez BM, Zerquera, TG, Rivas AE, Muñoz CJ, Gutiérrez QY, Castañeda AE. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *MediSur*. 2010; 8(6):21-7.
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editores. *Compliance in health care*. Baltimore (USA): John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
- Oller-Gómez J, Agramonte-Martínez M. Programa de educación del diabético: evaluación de su efecto. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002; 18(4):20-8.
- Maddigan SL, Feny DH, Majumdar SR, Farris KB, Johnson JA. Understanding the determinants of health for people with type 2 diabetes. *American Journal of Public Health*. 2006; 96:1649-55.
- Sundaram M, Kavookjian J, Hicks PJ, Ann Miller LS, Suresh Madhavan SS, Scott V. Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Quality of Life Research*. 2007; 16(2):165-77.
- Barceló A, Robles S, White F, Jadue L, Vega J. Una intervención para mejorar el control de la Diabetes en Chile. *RevPanam Salud Pública*. 2001; 10: 328-33.
- Simpson, SH, Eurich DT, Majumdar Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JAA. Meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006; 333:15.
- García R, Suárez R. La educación, el punto más débil de la atención integral al paciente diabético. *Reporte Técnico de Vigilancia*. Ministerio de Salud Pública. Mexico: Unidad de Análisis y Tendencia de Salud; 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 47º Consejo Directivo. 58ª Sesión del Comité Regional. Washington (DC): OPAS; 2006.
- Orem DE. *Nursing: concepts of practice* 6th ed. St Louis (USA): Mosby; 2001.
- Federación Mexicana de Diabetes. Autocuidado. (Citado en 10 may 2013) Disponible en: <http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnúmeros.asp>
- Lipson J. Traducción de Liria Pérez Peláez. *Temas culturales en el cuidado de enfermería*. 2002. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Universidad de Antioquia, Medellín. 2002; 20(1):56-71.
- Evers GC. *Appraisal of Self-care Agency - ASA-scale*: Van Corcum. Mexico: ASA; 1989.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *MedCare*. 1986; 24:67-74.
- Secretaría de Salud (Mex). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Porrúa; 2001.
- Alarcón LN, Whetsell M, Cadena SF, Yañez C, Reyes EA, Rodríguez SY. Experiencias vividas de madres que tienen un hijo con labio leporino y paladar hendido. *Desarrollo Científ Enferm*. 2011; 19(5):166-70.
- Ávila AH, Meza GS, Frías RB, Sánchez AE, Vega AC, Hernández SM. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los cuidados*. 2006; 10(20):141-6.
- Calderón J, Solís J, Castillo O, Cornejo P, Figueroa V, Paredes J et al. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital nacional Arzobispo Loayza. *Rev Soc Perú Med. Interna*. 2003; 16(1):17-25.
- Fernández AR, Manrique-Abril FG. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boayacá, Colombia, Suramérica. *Ciencia y Enfermería*. 2010; 16(2):83-97.
- Rodríguez MC, Castaño SC, García OL, Recio RJ, Castaño SY, Gómez MM. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev Esp Salud Pública* [revista en la Internet]. 2009; [citado en 22 may 2013] 83(3):441-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es.
- Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldán FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública Mex*. 1998; 40:503-9
- Pérez Martínez Víctor T. Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2008; Dic [citado en 22 may 2013] 24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400004&lng=es.
- Pérez-Cuevas R, Reyes MH, Doubova SV, Zepeda AM, Díaz RG, Peña VA, Muñoz HO. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *RevPanam Salud Pública*; 2009. 26:511-7.
- Fernández AR, Manrique-Abril FG. Efecto de una intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá Colombia, Suramérica. *Ciencia y Enfermería*. 2010; 16(2):83-97.
- Pérez DA, Alonso CL, García MA, Garrote RI, González PS, Morales RJ. Intervención Educativa en diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009; 25(4)17-29.